

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน Nursing care for cancer patients with nutrients and energy deficiencies

จินตนา สุวิทวัส

Chintana Suwittawat

(Received : 17 June 20 Revised: 25 December 2020 Accepted : 4 February 21)

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ซึ่งเป็นผลมาจากตัวโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษา และภาวะจิตใจ ภาวะขาดสารอาหารและพลังงานส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การตอบสนองต่อการรักษาโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมที่มีสารอาหารครบถ้วน พลังงานสูง โปรตีนสูง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้มากขึ้น โดยแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ อาหารไม่มีกลิ่นฉุน และให้ทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน



## ABSTRACT

Most cancer patients have nutrients and energy deficiencies, as a result of cancer, side effects of treatment and mental conditions. The nutrients and energy deficiencies affect the health of cancer patients, response to treatment and survival rate of cancer patients decreased. Nursing care of nutrients and energy deficiencies cancer patients in order to enable the patients to have good nutritional status by care for cancer patients to receive sufficient nutrients, high protein, high energy and water. Care for cancer patients to have nutritional supplements that are full of nutrients, high energy, high protein. Care for cancer patients to have more food by dividing food into multiple meals, without a pungent odor and clean the mouth before eating. Care for cancer patients after surgery to start eating food as soon as possible, and providing knowledge about correct meat consumption to cancer patients.

**Keywords :** nursing care, cancer patients, nutrients and energy deficiencies

### บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มีการรักษาที่โรงพยาบาล พ.ศ.2551 พบร้อยละ 5.30 เมื่อเวลาผ่านไปพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ล่าสุด พ.ศ. 2560 พบ ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มีการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 15.47<sup>(1)</sup> โรคมะเร็ง เป็นโรคที่เซลล์ปกติของร่างกายมีการเจริญเติบโตผิดปกติ แบ่งตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากสูญเสียการควบคุมวงจรชีวิตของเซลล์ เป็นโรคที่พบได้ตั้งแต่สมัยอดีตจนถึงปัจจุบัน ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมาก 10 อันดับแรกของประชากรไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับ และท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งริมฝีปาก และช่องปาก มะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งกระเพาะอาหาร<sup>(2)</sup> การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า และการรักษาแบบหลายวิธีร่วมกัน<sup>(3)</sup>

ภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความสำคัญต่อการรักษาและการฟื้นหายจากโรคโดยช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ทำให้การติดเชื้อลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา<sup>(4)</sup> การทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ การที่จะทราบภาวะ

โภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะต้องประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสำคัญต่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจากการรับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะมีภูมิคุ้มกันลดต่ำลง นอนพัก รักษาตัวนานขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น<sup>(5)</sup> ดังนั้น การทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจึงมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยวางแผนการรักษาและฟื้นฟูภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีภาวะโภชนาการที่ดี บทความนี้จะกล่าวถึงการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานต่อสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน

### การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะโภชนาการโดย ชักประวัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ การวัดสัดส่วนร่างกาย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินอาหารที่บริโภค<sup>(6)</sup> มีรายละเอียดดังนี้

## 1. การคัดกรองภาวะโภชนาการ

การคัดกรองภาวะโภชนาการ เป็นการค้นหาความเสี่ยง ในการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการซักประวัติ สอบถามจากผู้ป่วยญาติผู้ป่วยที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยถึงความสามารถในการรับประทานอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน<sup>(7)</sup> และใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ (Malnutritional Screening Tool : MST)<sup>(8)</sup> คะแนนที่ประเมินโดยได้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ เท่ากับ 0 – 1 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการน้อย ให้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์ คะแนนที่ประเมินได้มากกว่า หรือเท่ากับ 2 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูง ต้องรีบดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ภายใน 24-72 ชั่วโมง<sup>(9)</sup>

## 2. การวัดสัดส่วนร่างกาย

การวัดสัดส่วนร่างกาย โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หรือวัดความยาวช่วงแขนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในช่วง 18.5-22.9 kg/m<sup>2</sup> หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง น้อยกว่า 18.5 kg/m<sup>2</sup> หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ และ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มากกว่า 22.9 kg/m<sup>2</sup> หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ<sup>(10)</sup>

## 3. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการประเมินอาการแสดงของภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ได้แก่ ผอมร่าง กล้ามเนื้อลีบเล็ก บวม ประเมินภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ ได้แก่ เยื่อปูดตาซีด ลิ้นลิ้น และประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ปัสสาวะลดลง<sup>(10)</sup>

## 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการประเมินระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต แอลบูมิน อิเล็กโทรไลต์ แคลเซียม และระดับ

แมกนีเซียมในเลือด ประเมินปริมาณครีเอตินินที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับความสูง (Creatinine Height Index :CHI) นำผลการตรวจที่ได้ไปเทียบกับค่าปกติ จะทำให้พยาบาลทราบถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ถ้าแตกต่างจากค่าปกติ หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการ มีรายละเอียดดังนี้ อัลบูมินในเลือด 3.5-5.0 g/dL หมายถึงภาวะโภชนาการปกติ ระดับฮีโมโกลบิน ค่าปกติ เพศชาย 14-18 g/dl ค่าปกติ เพศหญิง 12-16 g/dl ระดับฮีมาโตคริต ค่าปกติ เพศชาย 40-54% ค่าปกติ เพศหญิง 37-47% ระดับแคลเซียมในเลือด ค่าปกติ 4.5-5.3 meq/L ระดับคลอไรด์ในเลือด ค่าปกติ 95-103 meq/L ระดับแมกนีเซียมในเลือด ค่าปกติ 1.5-2.5 meq/L ระดับโซเดียมในเลือด ค่าปกติ 136-142 meq/L ระดับโพแทสเซียม ค่าปกติ 3.5-5.0 meq/L ค่า CHI ร้อยละ 80-90 หมายถึง ขาดโปรตีนเล็กน้อย ค่า CHI ร้อยละ 60-80 หมายถึง ขาดโปรตีนปานกลาง ค่า CHI น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ขาดโปรตีนรุนแรง<sup>(6)</sup>

## 5. การประเมินอาหารที่บริโภค

การประเมินอาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภค โดยการสัมภาษณ์ความถี่อาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภคและการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง<sup>(10)</sup>

## ภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ซึ่งเป็นผลมาจากโรคมะเร็ง ที่เรียกว่า กลุ่มอาการเบื่ออาหารและผอมลงอย่างรวดเร็ว (Cancer Cachexia Syndrome) เกิดจากเซลล์มะเร็งผลิตสารจำพวก Cytokines<sup>(11)</sup> สารเหล่านี้จะกระตุ้นเซลล์ไขมันให้ผลิตฮอร์โมนเลปตินมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเลปตินจะส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้เข้าใจว่ามีพลังงานมากพอในร่างกาย สมองส่วนไฮโปทาลามัส จึงส่งสัญญาณให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร และเป็นผลมาจากผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยการผ่าตัด การฉายแสง การให้เคมีบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า หรือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อ



อาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง และคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย<sup>(12)</sup> จากการศึกษาภาวะโภชนาการของ ผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีน้ำหนัก ต่ำกว่าเกณฑ์ (ดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 35.1 และค่าอัลบูมินต่ำกว่า 3.5g/dL ร้อยละ 11.7 ซึ่งใน ผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชาย จะมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 37.3 ส่วนเพศหญิง จะมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 25.1 ในส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร มีภาวะขาด สารอาหาร ร้อยละ 40<sup>(13)</sup> ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ มีภาวะขาดสารอาหารรุนแรง ร้อยละ 70.0<sup>(14)</sup> ส่วนปัญหา ทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ภาวะ เครียด ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ ขณะเผชิญ กับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จากการศึกษาภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรครีรัง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า ร้อย ละ 43.30<sup>(15)</sup> ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ชั้นรุนแรง มากเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการรักษา ที่ระยะเวลา 4 เดือน ร้อย ละ 16.3 และ ระยะเวลา 6 เดือน 14.3<sup>(16)</sup> นอกจากนี้ผู้ ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวล<sup>(17)</sup> ปัญหาทางด้านจิตใจดัง กล่าวข้างต้น ทำให้พฤติกรรมมารับประทานอาหารของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเปลี่ยนแปลง คือรับประทานอาหารมาก หรือไม่รับประทานอาหาร ปากแห้ง คอแห้งรุนแรง ลำไส้ เคลื่อนไหวมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย จาก การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่อยากรับประทานอาหาร<sup>(5)</sup>

ผลจากโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงของการรักษา และ ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน

### ผลของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานต่อสุขภาพผู้ป่วย โรคมะเร็ง

ภาวะขาดสารอาหารและพลังงานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลง

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญและใช้เป็นดัชนีชี้วัด ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง<sup>(18)</sup> ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

มะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจะมีคุณภาพ ชีวิตลดลง

#### 2. ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและ พลังงานจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความเหนื่อยล้า ดัง จะเห็นได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ โภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำ ไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่ได้ รับประทานเคมีบำบัด พบว่าความเหนื่อยล้ามีความผันแปรกับ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง<sup>(19)</sup>

#### 3. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและ พลังงาน จะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ลดลง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Naumann และ คณะ<sup>(20)</sup> ยืนยันผลการลดลงของน้ำหนักตัวผู้ป่วยภายหลัง การ รักษาและพบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวลดลงมีแนวโน้ม ที่จะ มี ระยะเวลาการรอดชีวิตที่สั้นกว่า และจากการศึกษา ของ Chang และคณะ<sup>(21)</sup> พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพ โภชนาโดยพิจารณาจากดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5kg/ m<sup>2</sup> ร้อยละ 14.9 ซึ่งดัชนีมวลกายที่ลดลงเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิตภายใน 60 วัน ภายหลัง การรักษา

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจะต้องมีภาวะโภชนาการที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งตอบสนองต่อการรักษา ไม่เกิด ความเหนื่อยล้า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอัตราการรอดชีวิตสูง โดยผู้ป่วยมะเร็งโรคมะเร็งจะต้องได้รับพลังงานและสาร อาหารให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกายผู้ป่วย มะเร็งแต่ละคน<sup>(22)</sup>

### การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหาร และพลังงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและ พลังงาน จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการ ที่ดี โดยดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับสารอาหารและ พลังงานเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย จาก

การศึกษา วิจัยในหลายการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ได้แก่ ประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร อาการ อาการแสดงของภาวะขาดสารอาหาร และพลังงานทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ โดยคำนวณความต้องการพลังงาน สารอาหาร สารน้ำที่ควรได้รับจริงของผู้ป่วยต่อวัน ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมที่มีสารอาหารครบถ้วน พลังงานสูง โปรตีนสูง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้มากขึ้นโดยแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ อาหารไม่มีกลิ่นฉุน และให้ทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร<sup>(23)</sup> ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด ซึ่งระยะเวลาในการเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัด มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ<sup>(24)</sup>

จากการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อให้อาการผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานมีภาวะโภชนาการที่ดีดังกล่าวข้างต้น พบว่ายังขาดการพยาบาลในเรื่องความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโครงร่างลดลง เนื้อสัตว์จะให้สารอาหารโปรตีน ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้มีการศึกษา วิจัยในเรื่องความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์หลายการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจะไม่บริโภคโปรตีนจากสัตว์ โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเชื่อว่า การบริโภคอาหารเนื้อสัตว์เป็นสาเหตุการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(25)</sup> ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงไม่บริโภคอาหารเนื้อสัตว์ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ควรคำนึงถึงความเชื่อในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์ของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยการให้ความรู้

เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะโภชนาการที่ดี มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร อาการ อาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานทุกวันอย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลจะต้องคัดกรองภาวะโภชนาการโดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ วัดสัดส่วนร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือวัดความยาวช่วงแขนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย ตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งหาอาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ได้แก่ ผอมว่อง กล้ามเนื้อลีบเล็ก บวม เยื่อตาขาวซีด ลิ้นเปลี่ยน ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ปัสสาวะลดลง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต แอลบูมิน อิเล็กโทรไลต์ แคลเซียม และระดับแมกนีเซียม ในเลือด ติดตามปริมาณครีเอตินินที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับความสูง และติดตามปริมาณแคลเซียม ฟอสฟอรัส โซเดียม และปริมาณสังกะสีในปัสสาวะผู้ป่วยโรคมะเร็ง นอกจากนี้พยาบาลจะต้องประเมินอาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภค โดยการสัมภาษณ์ความถี่อาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภค และการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ โดยคำนวณความต้องการพลังงานที่ควรได้รับจริงของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อวัน ซึ่งเป็นพลังงานที่ร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการใช้ต่อวันดังนี้<sup>(26)</sup>

พลังงานทั้งหมดที่ร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการใช้ = พลังงานที่ใช้ในขณะที่ร่างกายพัก X ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย X ปัจจัยภาวะเครียดของร่างกาย ซึ่งพลังงานที่ใช้ในขณะที่ร่างกายพัก คำนวณได้จากสูตร Haris-Benedict Equation จำแนกตามเพศ<sup>(27)</sup> ดังนี้



$$\text{เพศชาย} = 66.47 + (13.75 \times W) + (5.0 \times H) - (6.76 \times A) \text{ (kcal/day)}$$

$$\text{เพศหญิง} = 665.10 + (9.56 \times W) + (1.85 \times H) - (4.68 \times A) \text{ (kcal/day)}$$

W หมายถึง น้ำหนัก

H หมายถึง ส่วนสูง

A หมายถึง อายุ

ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ระดับการเคลื่อนไหว ของร่างกาย	กิจกรรมการเคลื่อนไหว ของร่างกาย	
	เพศชาย	เพศหญิง
นั่งหรือนอนตลอด	1.00	1.00
เคลื่อนไหวร่างกายน้อย	1.11	1.12
เคลื่อนไหวร่างกายมาก	1.25	1.27
เคลื่อนไหวร่างกายมากที่สุด	1.48	1.45

ที่มา<sup>(28)</sup>

**ตารางที่ 2** ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ลักษณะกิจกรรม	ปัจจัยในการเคลื่อนไหว ของร่างกาย (Activity factor : AF)	
	หมดสติ ใช้เครื่องช่วยหายใจ	1.00
มีกิจกรรมเฉพาะบนเตียง นอนบนเตียง	1.20	
สามารถทำกิจกรรมนอกเตียง	1.30	
ลุกออกจากเตียงได้/นั่งบนเก้าอี้		

ที่มา<sup>(22)</sup>

ปัจจัยภาวะเครียดของร่างกาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ 1.1-1.45<sup>(29)</sup>

สารน้ำที่ควรได้รับจริงของผู้ป่วยต่อวัน

ในภาวะปกติ ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการน้ำ สามารถคำนวณได้จากน้ำหนักตัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้<sup>(30)</sup>

น้ำหนัก 10 กิโลกรัมแรก X 100 มิลลิลิตร

น้ำหนัก 10 กิโลกรัมต่อมา X 100 มิลลิลิตร

น้ำหนักที่เกินจาก 20 กิโลกรัม X 20-30

มิลลิลิตร

นำผลคูณทั้งหมดมารวมกัน เป็นปริมาตร

น้ำที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาวะปกติต้องการ

ในภาวะที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูญเสียน้ำมากกว่าปกติ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ภาวะท้องเสีย การมีท่อระบายต่าง ๆ ที่ออกจากร่างกาย ภาวะมีไข้ รวมทั้งการได้รับยาขับปัสสาวะ พยาบาลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องได้รับน้ำ เท่ากับปริมาตรปัสสาวะที่ออกมาของผู้ป่วยโรคมะเร็งในหนึ่งวันบวกด้วย 1000 มิลลิลิตร<sup>(31)</sup>

3. พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยแบ่งอาหารที่จะจัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรับประทานออกเป็นหลายมื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อว่างเช้า มื้อเที่ยง มื้อว่างบ่าย มื้อเย็น และมื้อก่อนนอน อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรับประทานต้องไม่มีกลิ่นฉุน และพยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร ด้วยการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม หรือบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ไม่ระคายเคืองเยื่อช่องปาก<sup>7</sup>

4. พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัดได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการลุกนั่งและเดินให้เร็วที่สุด เพื่อกระตุ้นให้ระบบทางเดินอาหารผู้ป่วยโรคมะเร็งกลับมาทำงาน และประเมินการกลับมาทำงานของระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพยาบาลจะต้องประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนให้เริ่มรับประทานอาหาร<sup>(32)</sup>

5. พยาบาลควรคำนึงถึงความเชื่อในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์ของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี จากการศึกษาภาวะโภชนาการ



ความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีความเชื่อว่าการรับประทานเนื้อสัตว์เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง<sup>(25)</sup>

### สรุปผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ประกอบด้วย การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือความยาวช่วงแขนในกรณีที่มีผู้ป่วยยืนไม่ได้ เพื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย การเจาะเลือดประเมินภาวะซีด จากค่าฮีโมโกลบิน ค่าฮีมาโตคริต ประเมินภาวะขาดสารอาหารโปรตีน จากการประเมินค่าแอลบูมิน และค่าครีเอตินินที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมงเมื่อเทียบกับความสูง ตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อประเมิน อาการแสดงของภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ได้แก่ ผม่ว้ง บาง เปราะหลุดง่าย กล้ามเนื้อลีบเล็ก ผิวหนังบวม เล็บมีแถบสีขาวพาดขวาง แก้ม หรือแก้มก้นตอบ หรือเห็นซี่โครงชัดเจน บ่งชี้ถึงไขมันใต้ผิวหนังลดลง อาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนังไม่กลับสภาพเดิมทันทีอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงอย่างเฉียบพลัน เยื่อช่องปากแห้ง ปัสสาวะมีสีเข้มและมีกลิ่นแรง และปริมาตรปัสสาวะลดลง และประเมินอาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภค โดยการสัมภาษณ์ความถี่ของการบริโภคอาหาร สัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเลวลง การพยากรณ์ของโรคเลวลง การตอบสนองต่อการรักษาโรคลดลง และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน โดยประเมินภาวะโภชนาการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้มากขึ้นโดยแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ อาหารไม่มีกลิ่นฉุน และให้ทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะโภชนาการที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2017. Bangkok: National Cancer Institute, Department of medical services, Ministry of Public Health, Thailand; 2018.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2560.
3. นัทธม รุทธานนท์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. เชียงใหม่: ครองช่าง พรินท์ ดิจ; 2555.
4. ดารารวรรณ อักษรวรรณ, พิณรัตน์ แก้วโสภณ, พลากรสุกุลประภา. ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปี ดิกส์: ผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วย 3 ค. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(4): 385-389.
5. ประณิธิ หงส์ประภาส. การประเมินภาวะโภชนาการ. ใน กาญจนา จันทรสูง และประณิธิ หงส์ประภาส. บรรณาธิการ. อากาโรวิทยาทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานา; 2558.
6. จินตนา สุวิทวัส. การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(5): 632-638.
7. ขนิษฐา อยู่เพ็ชร์, ปรียาภรณ์ แสงทวี, เอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์. การจัดการทางการพยาบาลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. เวชบัณฑิตศิริราช 2563; 13(2): 133-140.
8. Jasvis C. Physical examination & health assessment. 6th ed. Missouri: Elsevier; 2012.
9. Malnutritional Screening Tool. [Internet] n.d. [cite 2020 December 23] Available from: <https://static.abbottnutrition.com/cms-prod/abbottnutrition>.



10. จินตนา สุวิทวัส. การประเมินภาวะโภชนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: พิมพ์ถูก; 2563.
11. Dodson S, Baracos VE, Jatoi A, et al. Muscle wasting in cancer cachexia: clinical implications, diagnosis, and emerging treatment strategies. *Annu Rev Med* 2011; 62: 265-79.
12. Grant BL, Hamilton KK. Medical nutrition therapy for cancer prevention, treatment, and recovery. In: Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL, editors. *Krause's food and the nutrition care process*. 14th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
13. เพ็ญ สุธโคตร. ภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร. *ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลโนนคูณ*, 2556.
14. อาทิตย์ กระจุกฤทธิ์, จีรนันท์ แก้วกล้า, จตุรงค์ จงสถิตย์ไพบูลย์, อากาศร ผนวฒนา. การประเมินและการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอโดยพยาบาล. *ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2557.
15. นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555; 57(4): 439-46.
16. ประไพ เสงษ์ทวี, สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษาที่หน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลรามาริบัติ. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2560; 32(1): 64-70.
17. ภารดี ปรีชาวิทยากุล. ความต้องการคำแนะนำ คำปรึกษาที่พบบ่อยจากการให้บริการสายด่วนโรคมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2552; 27(2): 139-51.
18. วงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*; 2554.
19. ภทริกา ปัญญา จงจิต เสนหา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิช, นพตล โสภารัตนาไพศาล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *Journal of Nursing Science* 2560; 34(1): 66-76.
20. Naumann P, Habermehl D, Welzel T, Debus J, Combs SE. Outcome after neoadjuvant chemoradiation and correlation with nutritional status in patients with locally advanced pancreatic cancer. *Strahlenther Onkol* 2013; 189: 745-752.
21. Chang PH, Yeh KY, Huang JS, Lai CH, Wu TH, Lan YJ, et al. Pretreatment performance status and nutrition are associated with early mortality of locally advanced head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiation. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013; 270: 1909-15.
22. Dudek SG. *Nutrition essentials for nursing practice*. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
23. ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง: บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 2017; 23(1): 11-26.
24. จิรภา เสถียรพงศ์ประภา, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพร ดนัยดุขฎิกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ฆนธรักษาตัวในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2559; 36(1): 143-161.



25. ทิพย์วรรณ อรัญดร, อนงนาฏ เรืองดา, พรพิศ เรืองขจร, นันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว, ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์. ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโรค มะเร็ง 2560; 37(4): 127-141.
26. จินตนา สุวิทวัส. เอกสารคำสอนวิชา NU111 102 โภชนศาสตร์สำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
27. Stephenson TJ, Schiff WJ. Human nutrition science for health living. New York: McGraw Hill; 2016.
28. Wardlaw GM, Smith AM, Lindeman AK. Contemporary nutrition: a functional approach. 2nd ed. New York: McGraw Hill; 2012.
29. American Dietetic Association. Manual of Clinical Dietetics. 6th edition. Chicago: Academy of Nutrition & Dietetics; 2000.
30. อัญชลี ศรีจำเริญ. อาหารและโภชนาการ การป้องกัน และการบำบัดโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพรีน; 2556.
31. Grant BL, Hamilton KK. Medical nutrition therapy for cancer prevention, treatment, and recovery. In: MahanLK, Escott-Stump S, Raymond JL, editors. Krause's food and the nutrition care process. 14th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
32. ศิริพรรณ ภมรพล. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2559; 9(2): 14-23.